



Fordypningsoppgave

VAE705 Aldring og eldreomsorg

Eldre hjemmeboende med alkoholmisbruk

Gunhild Lervik

Totalt antall sider inkludert forsiden: 52

Molde, 21.05.2012



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høyskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 12

Veileder: Hilda Karin Aass

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21.05.2012

Antall ord: 9506

Sammendrag

Bakgrunn:

Det er lite fokus på og kunnskap om eldre hjemmeboende med alkoholmisbruk. Forbruket av alkohol generelt øker og antall eldre i befolkningen øker. I framtiden vil det trolig bli flere eldre med alkoholproblem.

Hensikt:

Hensikten med litteraturstudiet var å belyse hvordan eldre med alkoholmisbruk kan identifiseres av fagpersoner i hjemmesykepleien.

Metode:

Litteraturstudie basert på 8 forskningsartikler, 7 kvantitative og 1 kvalitativ.

Resultat:

Eldre hjemmeboende med alkoholmisbruk føler skam og ønsker å skjule misbruket. De er derfor vanskelig å identifisere. Symptomer og tegn kan være vanskelig å skille fra andre årsaker til funksjonssvikt. Fagarbeiderne må se etter fall og skader, kombinasjonen medikament og alkohol, psykiske faktorer, stress og endringer i nettverk og identitet.

Konklusjon:

Det er behov for kunnskap og større fokus på eldre og alkoholmisbruk. Det bør forskes mer på eldre og alkoholmisbruk i Norge. Det må innarbeides kartleggingsverktøy og dokumentasjon spesielt tilpasset eldre. Tid, kontinuitet, respekt og gode relasjoner er viktig for å identifisere og kunne gi en god oppfølging.

Nøkkelord:

Eldre, alkohol, hjemmeboende, identifisere, rolleendringer.

Abstract

Background:

Alcohol abuse among home-living elderly people is scarcely focused and there is rather little knowledge about it. The consumption of alcohol in general increases and the number of elderly people is also increasing. In the future we expect an increasing number of elderly people with alcohol problems.

Purpose:

To illustrate how elderly people with alcohol problems can be identified by home care professionals.

Method:

Literature study based on 8 research articles, 7 quantitative and 1 qualitative.

Results:

Home-living elderly people with alcohol problems feel ashamed and want to hide their abuse. They are therefore difficult to identify. Their symptoms and signs might be confused with other causes of loss of function. Home care personnel should pay attention to fall and trauma, combinations of alcohol and medicines, mental factors, stress and changes of social network and identity.

Conclusion:

There is a need for increased knowledge of and focus on elderly people and alcohol abuse. More research is needed about elderly people and alcohol abuse in Norway. We should have better routines for screening and documentation adapted to elderly people. Time, continuity, respect and good relations are important factors in the process of identifying the patients and giving them good care.

Keywords:

Elderly people, alcohol, home-living, identify, change of role

Innhold

1.0. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.2 Hensikt.....	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	2
2.0 Teoribakgrunn.....	4
2.1 Eldre og alkoholmisbruk.....	4
2.2 Kommunalt prosjekt.....	5
2.3 Rolleteorier.....	5
2.4 Misbruk og sosial identitet.....	6
3.0 Metode.....	8
3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier	8
3.2 Datasamling.....	8
3.3 Kvalitetsvurdering.....	11
3.4 Ethiske hensyn.....	11
3.5 Analyse.....	12
3.6 Metodevurdering.....	13
4.0 Resultat.....	15
4.1 Helsemessige faktorer.....	15
4.2 Sosiale faktorer.....	17
4.3 Kjønnsmessige faktorer.....	18
5.0 Diskusjon.....	19
5.1 Hvilke helsemessige faktorer kjennetegner den eldre alkoholmisbruker som bor hjemme?	19
5.2 Sosiale faktorer, identitet og skam.....	21
5.3 Betydning av kjønnsmessige faktorer.....	23
5.4 Kartleggingsverktøy for å identifisere eldre alkohol misbrukere.....	23
5.4.1 Betydningen av gode kartleggingsverktøy.....	23
5.4.2 Negative konsekvenser av identifisering av alkoholmisbruk.....	25
5.5 Konsekvenser for praksis.....	26
6.0 Konklusjon.....	28

Litteraturliste

Vedlegg 1: Oversikttabell i forhold til litteratursøk

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 3: Liste over relevante funn

Vedlegg 4: Kart over tema i artiklene

Vedlegg 5: Ulike typer kartleggingsverktøy

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema: Eldre hjemmeboende med alkoholmisbruk.

Jeg har jobbet i hjemmesykepleien i mange år. Noe som overrasket meg når jeg begynte å jobbe var det store alkoholproblemet som mange eldre har. Jeg har inntrykk av at problemet har økt med tiden jeg har jobbet. De eldre alkoholikerne jeg tidligere har sett for meg har vært de ressurssvake og «uflidde». Jeg har sett at dette bildet er mye mer nyansert enn som så. Jeg har merket meg spesielt mange eldre kvinner med god økonomi og ellers ordnede sosiale forhold. Det sosiale liv som de har hatt og har vært opptatt av har blitt borte. Mange føler skam og benekter sitt misbruk. Jeg har observert store forskjeller i funksjonsnivå hos pasienter i edruelige perioder og i alkoholisererte perioder. Vi gir dem hjemmesykepleie ved fall og dårlig egenomsorg, men vi snakker lite med dem om deres alkoholmisbruk. Hvorfor er de misbrukere, og klarer vi å gjenkjenne dem fra andre pasienter? Jeg opplever at det er et forsømt tema i eldreomsorgen og vi har lite kunnskap om temaet. Lite kunnskap kan også fort gi utrygghet hos hjelper og dermed en dårlig behandling.

Alkoholloven gir kommunene stor frihet til å føre en alkoholpolitikk tilpasset lokale forhold. Derfor skal kommunene ha en alkoholpolitisk handlingsplan. Kommunal rusmiddelpolitisk handlingsplan ble gitt ut av Sosial- og helsedirektoratet i 2006. Den nevner ikke eldre som en spesiell gruppe, men sier at ved utarbeidelse av Rusplan i kommunen bør de identifisere særskilte utsatte grupper i kommunen (Alkoholloven § 1-7d).

Temaet kan ha noe moralistisk over seg og skiller seg fra andre helsetemaer. Mange helsearbeidere kan derfor unnlate å snakke med pasientene om alkoholmisbruket, det blir for privat og tenker at det er noe vi som helsearbeidere ikke har noe med. Endrede alkoholvaner i samfunnet gir helsearbeiderne nye utfordringer. I dag er det mer vanlig å nyte alkohol på såkalt kontinentalt vis enn før. Det blir sett på som god livskvalitet med et glass vin til maten og en konjakk til kaffen. Media fokuserer på at alkohol, særlig rødvin, kan forebygge demens, hjertesykdom og annet.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan eldre med alkoholmisbruk kan identifiseres av fagpersoner i hjemmesykepleien.

1.3 Problemstilling

Hva kjennetegner eldre hjemmeboende med alkoholmisbruk?

1.4 Begrepsavklaring

Eldre: I Norge er pensjonsalderen i Folketrygda 67 år. Den faktiske pensjonsalderen blir lavere i mange yrker og det er derfor stor variasjon i tidspunkt for pensjonering. 67 år er derfor blitt mindre naturlig å bruke som definisjon på eldre. I vitenskapelige studier bruker man oftest 65 år når de omtaler eldre. Jeg har derfor valgt å bruke 65 år og eldre som definisjon på eldre.

Misbruk: « Bevisst og vedvarende bruk av alkohol eller annet psykoaktivt stoff som brukes, selv om man som bruker erkjenner at det fører til problem for en selv» (Engedal 2008,165). Det kan være vanskelig å skille mellom bruk og misbruk. Faktorer som spiller inn for å skille mellom bruk og misbruk, er knyttet til kulturelle og juridiske forhold så vel som til negative konsekvenser av bruken og for brukeren selv. Typer av negative konsekvenser som regnes inn er akutte ruseffekter og skader, tilsidesettelse av andre behov og ansvar som personen har, samt økonomiske forhold. Kroniske effekter på helse regnes ikke inn, noe som kan forklare hvorfor tobakksrøyking ikke regnes som misbruk (Lund, Bretteville-Jensen, Skretting, Rise, Nordland og Amundsen 2010).

Identifisere: Identifisere vil si å: »påvise identitet mellom eller med; gjenkjenne, vise samstemmighet med»(Store Norske Leksikon 2011). På engelsk bruker de ofte «case finding» om det å identifisere. «The act of locating individuals with a disease» (Mosby's Medical Dictionary 2009). Å identifisere eldre med alkoholmisbruk vil si å skille dem ut fra andre pasienter. Blir de identifisert kan vi gi dem målrettet behandling.

Hjemmesykepleien:

Lovverk som har betydning for utøvelse av kommunal hjemmesykepleie:

«Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasienter og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne» (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1). Forebyggende arbeid hører også med til hjemmesykepleiens oppgaver: » Kommunen skal ved ytelse av helse og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problem. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning» (Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3).

Pasientrettighetsloven (2006) § 2-1a støtter opp om rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste. Pasient og bruker har rett til et verdig tjenestetilbud i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd, bokstav b. Kommunen skal gi den som søker eller trenger helse- og omsorgstjenester, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett.

Fagpersoner: Jeg velger å bruke ordet fagpersoner om ansatte i hjemmesykepleien. Alle ansatte i hjemmesykepleien vil komme i kontakt med den eldre rusmisbrukeren. Det kan for eksempel være omsorgsarbeidere, hjelpepleiere eller sykepleiere.

2.0 TEORIBAKGRUNN

2.1 Eldre og alkoholmisbruk

I følge det engelske Institute of Alcohol Studies (IAS) (2010) er de typiske skadene på grunn av fysiske forandringer i metabolisme, og at eldre i forhold til yngre mer følsomme for alkoholens virkninger og bivirkninger. De sier også at eldre har betydelig lavere toleranse for alkohol. Samme mengde alkohol kan ha en mer skadelig effekt på eldre enn hos yngre mennesker. IAS lister opp følgende fysiske og medisinske årsaker til at eldre har en lavere toleransegrense for alkohol

- Redusert nivå av kroppsvæske i forhold til fett gjør at eldre har mindre vannvolum som alkoholen kan løses ut i.
- Redusert blodgjennomstrømning i lever påfører organet mer skade.
- Leverenzymene blir igjen mindre effektive, noe som fører til en mindre effektiv nedbryting av alkohol.
- Reaksjonstid i hjernen er endret og gjør at alkoholen vil ha en raskere negativ effekt hos eldre enn hos yngre.

Dette forteller at samme mengde alkohol kan føre til høyere konsentrasjon av alkohol i blodet hos eldre enn hos yngre, og at alkohol i større grad vil hemme hjernefunksjonen hos eldre. I følge IAS hindrer alkohol koordinasjon og minne, og fører til forsterkede følelser som igjen kan føre til nedstemthet, irritabilitet og vold. Alkoholen kan også påvirke fordøyelsen, noe som hindrer opptak av vitaminer og mineraler. Eldre spiser også mindre mat og trenger mindre energi. Alkoholholdige drikker er energirike og kan i alvorlige tilfeller føre til redusert matinntak med fare for mangeltilstander og feilernæring.

Frydenlund (2011) sier at fysiologiske forandringer i aldringsprosessen gjør at eldre er mer sårbare for påvirkning av alkohol. Eldre bruker mer legemidler enn andre, det gjør dem også mer sårbare.

Det er to hovedtyper misbrukere blant eldre. Det er de som tok med seg misbruket inn i alderdommen og de som startet misbruket i eldre år. Det sies at 30-50 % av de som starter sitt misbruk startet det etter 70 årsalderen. Noen undersøkelser sier også at de ofte er kvinner med bra økonomi. Misbruket startet da ofte i forbindelse med tap av pårørende, depresjon eller i forbindelse med en stor stressreaksjon. Kroniske smerter og begynnende demens kan også være en årsak til alkoholmisbruk (Snoek og Engedal 2008).

Hoverak og Bye (2008) har sett på det norske drikkemønstret fra 1974-2004 i sin studie. De mener vi drikker nesten dobbelt så mye etter 1960-tallet. Nordmenn drikker oftere og mer enn tidligere. Det er ikke så mange eldre avholdende lenger, det tallet har sunket etter 2008. De hevder også at dagens eldre drikker mindre enn generasjonene som kommer etter dem. Forbruket av alkohol vil derfor øke i årene framover, hvor lenge økningen vil vare er avhengig av hvilket forbruksnivå de yngre generasjonene legger seg på. De eldre i dag har altså vokst opp i et samfunn med andre drikkemønster enn generasjonen før oss. De tar med seg alkoholvaner inn i alderdommen. Snoek og Engedal (2008) sier at alkohol blant eldre er et større problem enn statistikken forteller oss. Det er manglende rapportering fra den eldre og hans familie, de er flaue over misbruket og vil skjule det. Helsepersonell er ikke oppmerksomme nok på problemet.

2.2 Kommunale prosjekt

Bydel St. Hanshaugen i Oslo hadde et prosjekt i 2010 om rusbruk og eldre som mottok hjemmesykepleie. De mente det er vanskeligere å avdekke overforbruk av alkohol hos eldre i forhold til andre pasientgrupper. De ansatte har fokus på sine kjerneoppgaver, somatiske forhold og vanlige alderdomsplager. Det er vanlig at den eldre har problemer med balanse, blodtrykk, eller har kognitive vansker. Slike tilstander blir sett på som en naturlig del av aldringsprosessen og ikke sett i sammenheng med overforbruk av alkohol. Prosjektet viste også at ansatte var negative til målgruppen og det var vanskelig å ta opp temaet. De var redde bruker ville ta det som kritikk om man drøfter alkoholbruk. De la det derfor være av respekt for bruker, eller av frykt for ubehag. I alle enheter og i alle grupper ansatte i bydelen eksisterte den barrieren, også blant allmennlegene (Oslo kommune, bydel St. Hanshaugen 2011).

2.3 Rolleendringer

I følge Daatland og Solheim (2011) opplever eldre rolleendringer. De må gi avkall på etablerte roller. Det kan for eksempel være tap av yrkesrollen ved pensjonering. Videre tap av roller ved å bli alene, bli enslig eller at venner dør. De mister en sosialrolle. De kan også oppleve tap av sin autonomi og selvstendighet ved helsesvikt og skrøpelighet. Mange eldre kan også føle at de har mistet sin rolle i det moderne samfunn, de har en mindre sentral posisjon i samfunnet. Eldre må også innta nye roller på grunn av tap av roller. Som for eksempel å bli alene, dårlig helse og kanskje må de flytte hjemmefra. En ny rolle kan

også være forholdet mellom eldre mennesker og deres voksne barn eller barnebarn. Det blir en rollereversering, rollene snus om. Eldre kan også oppleve rolleoverganger. Den ene rollen avløses av den andre rollen. En slik overgang er en påkjenning og krever ny tilpasning. Thornstam (2005) sier at aldring ofte fører til en rolleløs tilstand som på lengre sikt er ødeleggende for personligheten. Den første halvdel av livet innebærer normalt at antall roller og rolledifferensieringen øker. I den senere del av livet er det ofte karakteristisk at antallet roller avtar. Ut fra teoretiske synsvinkler regner vi med at nedsatt rolledifferensiering har negativ virkning på egenoppfatning og identitet, og den kan føre til en større eller mindre utslettelse av jeg'et. Han deler alderdommen inn i to faser: 1. Den friske pensjonisttiden. 2. Den «fjerde alderen». I virkeligheten opplever de fleste det som noe positivt å få pensjon, å få en ny frihet og nye muligheter i livet. De fleste føler seg også bedre fysisk og psykisk når de har gått av med pensjon. Også det sosiale samværet oppleves ofte som rikere så lenge man kan benytte det sosiale nettverket man har. I forbindelse med den «fjerde alderen» kommer tap av helse og økende skrøpelighet, samt tap av eventuelt ektefelle og omgangskrets.

2.4 Misbruk og sosial identitet

Goffman (2000) er opptatt av hvordan selvet og identiteten dannes og opprettholdes i dagliglivet. I sosiologisk forstand plasserer vi andre i en sosial kategori/posisjon. Goffman skiller mellom tilsynelatende sosial identitet og faktisk sosial identitet. Det tilsynelatende identitet er uttrykk for de umiddelbare normative krav og forventninger om verden har av oss, hvordan en bestemt person bør være og hvilke egenskaper han bør ha. Den faktiske sosiale identitet er derimot personens utgave av den sosiale identitet, den kategori han faktisk tilhører og de egenskaper han faktisk har. Normer er med på å bestemme hva som er naturlig og vanlig, og er en forutsetning i det sosiale liv. Det er også med på å diskvalifisere mange mennesker, fordi deres oppførsel eller fremtoning avviker fra normene og lett fører til stigmatisering. Dersom mennesket fremstår med en uønsket egenskap og skiller seg ut fra den kategori han forventes å passe inn i, går man lett fra å være et normalt menneske til et nedvurdert menneske. Da oppstår i følge Goffman en stigmatisering. Når stigmaet får overtaket får det en rekke personlige og sosiale konsekvenser. Da kan en begynne å identifisere seg med andres vurderinger av seg selv som kan føre til forandret selvoppfattelse og ofte følelser av skam, skyld og selvhat.

Skårderud (2002) sier at skambaserte syndromer kan være for eksempel rusmisbruk. En følelse av skam kan få alkoholmisbrukeren til å dempe sin selvforakt ved hjelp av å drikke mer alkohol. Følelsen av skam er ofte både utgangspunkt og konsekvens. Det er viktig å snakke om skammen. Det behøves tid og etablert tillit for man klarer å dele/utlevere sin store skam. Terapeutens bevissthet om skam bidrar til økt toleranse for det som kan fremstå som avvisning. I virkeligheten kan misbrukeren ha angst for skammen.

Gulbrandsen, Fugelli, Stang og Wilmer (2006) sier skamfølelse kan fungere konstruktivt ved å føre til en beskjeden holdning som oppfattes som sympatisk, og kan i tillegg motivere til atferdsendringer som tar sikte på å styrke selvbildet. Destruktiv atferd kan kanskje skyldes at individet har for lite skam og skyldfølelse. Men sterk skamfølelse vil ofte føre til resignasjon, tilbaketrekning, depresjon og i verste fall suicid. Skamfølelsen kan være lett synlig i form av mumling, rødming og nedslått blick, eller forsøker å løse problemet ved å overkompensere sin usikkerhet med et bråkjekt ytre. Andre kan avdekke sin følelse av å være mislykket og dårlig menneske med å vise en «gi blaffen- maske». De prøver å overbevise seg selv og andre at de ikke bryr seg. De benekter sin skamfølelse. Det kreves trygghet for å kunne vise og innrømme sin utrygghet.

3.0 METODE

Dette er en litteraturstudie som tar utgangspunkt i videreutdanning i Aldring og Eldreomsorg sine retningslinjer for fordypningsoppgaven. I denne oppgaven krever utdanningen at vi skal bruke minst 8 forskningsartikler. I følge Willmann, Stolz og Bahtsevani (2006) innebærer en litteraturstudie å systematisk søke etter, granske og kritisk bedømme litteratur som er relevant for studiets formål.

3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Før jeg startet med søk på artikler måtte jeg definere hva jeg skulle inkludere og ekskludere i forhold til hensikten med studiet. Dette for at det skulle bli lettere å finne relevante søkeord og bruk av limits (avgrenser søket).

Inklusjon:

- Artikler som omhandlet alkoholmisbruk alene og eventuelt sammen med andre rusmidler.
- Alle eldre med alkoholmisbruk uavhengig av tilleggssykdommer.
- Artikkelsøket var avgrenset til hjemmeboende eldre, alder 65år og mer. Artikler med flere aldersgrupper kunne inkluderes, dersom 65år og eldre ble skilt ut som egen gruppe.
- Artikler fra 2006 og nyere ble inkludert, dette for at jeg ønsket kunnskap av nyere dato.
- Artikler på svensk, norsk, dansk, engelsk og tysk ble inkludert. Dette for at jeg ville ha artikler som jeg selv kunne lese eller få oversatt.

Eksklusjon:

- Artikler som ikke var fra vestlig kulturkrets ble ekskludert. Dette for å få artikler med størst mulig relevans til virkeligheten i Norge.
- Har ekskludert artikler som kun omhandler andre rusmidler enn alkohol.
- Har ekskludert artikler med sykehuspasienter og institusjonsbeboere.

3.2 Datasamling

Litteraturstudiet startet med lesing av bakgrunnskunnskap om emnet eldre og alkoholmisbruk. Faglitteraturen sier at det er forsket lite på eldre og alkoholmisbruk, og var derfor usikker på hvordan resultatet skulle bli med søk på forskningsartikler. Jeg begynte tidlig med prøvesøk og utarbeidet PICO- skjema. Vi hadde undervisning ved

høyskolen i Molde om hvor viktig det var med gode PICO-skjema for at vi skulle få delt opp og strukturert søkene på en best mulig måte. Jeg valgte å bruke PIO-skjema.

P-står for Populasjon, hvilken type pasient skal jeg skrive om og hva gjelder problemet (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reiner 2008). Populasjonen i min oppgave blir eldre med alkoholmisbruk. Jeg har derfor brukt disse engelske søkeordene: elderly, older, older people, elderly people, geriatrics, alcohol, consumption og abuse.

I-står for Intervention, hvilket tiltak eller intervensjon ønsker jeg vurdert. Det skal være tolket vidt og skal beskrive ulike typer eksponeringer i klinisk praksis (Nortvedt et al. 2008). Jeg ville vite hvordan fagpersoner kan identifisere eldre hjemmeboende med alkoholmisbruk og brukte disse søkerordene: «living at home», community-living, nurse, communication, relation, therapy, »health eduction» og epidemiology.

C- står for Comparison og skal brukes når man ønsker å sammenligne to typer tiltak (Nortvedt et al. 2008). C- var derfor ikke aktuelt ved denne litteraturstudien.

O - står for outcome, det beskriver hvilke utfall/ endepunkt er du interessert i. Hvilken effekt av tiltaket ønsker vi vurdert (Nortvedt et al. 2008)? Jeg ville vite hva kjennetegner eldre med alkoholmisbruk. Jeg brukte først disse søkerordene: respect, cope, adapt, dignity, quality of life, master og security. Senere brukte jeg depression og «case finding».

Databasene jeg valgte å bruke var: Ovid Medline, Ovid Nursing Index, Ovid Nursing Database, Psyk Info, ProQuest medical library, ProQuest Psychology journals og SweMed+. I hovedsak ble Bibsys brukt, men helsebiblioteket ble også benyttet. I følge Nortvedt et al. (2008) og undervisning på høyskolen i Molde om å kombinere søkerord brukte jeg OR for å samle artikler som inneholder et eller flere av søkerordene (eksempel alle ordene under søkergruppe P- i PIO-skjema) og deretter AND som inneholder en kombinasjon av alle søkegruppene. Jeg valgte også å bruke trunkeringstegn, * eller \$ bak søkerordene. Trunkering på ordet gjør at man får med alle treff som inneholder grunnstammen av ordet. Eksempel nurs*, kan gi artikler med nurse, nurses, nursing og så videre. Jeg brukte også »Limits» ved søk med mange treff. Begrenset da søkene i forhold til språk som engelsk, norsk, svensk, dansk, og tysk. Begrenset også i forhold til publiseringsårstall fra 2006- nåværende år (current). Jeg begrenset ikke i forhold

til kvantitativ og kvalitativ studie. Jeg regnet med at kvalitativ ville være mest aktuelt for min studie, men om jeg fant noen kvantitative ville det også være interessant. Ved funn av artikler leste jeg abstraktet først. Så den aktuell ut for studiet, måtte jeg lese den i fulltekst. Fikk jeg den ikke direkte i fulltekst bestilte jeg den gjennom Bibsys, biblioteket på høyskolen i Molde. Søkehistorikken ble lagret eller nedskrevet og ført inn i skjema. Har utført mange søk på disse databasene og med ulike variasjoner av ord fra PIO-skjema. Hadde veldig mange søk som ikke ga noe resultat. Det var mest treff på databasene i ProQuest og PsykInfo.

ProQuest: Den 21.11.11 utførte jeg et søk i ProQuest og brukte databasene Medical library og Psychology journals. Kombinerte søkerordene alcohol*, elder*, Communi* fra PIO med AND. Fikk 150 treff, leste 6 abstrakter, 5 artikler og 4 ble inkludert (vedlegg 1).

Swe.med+: Den 25.08.11 hadde jeg et søk på Swemed+ og kombinerte bare søkerordene alcohol\$ and communication\$. Prøvde med ord fra O- også, men det ga ingen treff. Fikk 12 treff, leste 5 abstrakt og 1 ble inkludert (vedlegg 1).

OVID: Den 25.11.11 hadde jeg et søk og valgte, medline, nursing index, ovid nursing og psyk info. Jeg kombinerte alle søkerordene i P-, I- og O- med AND. Brukte limits: 2006-current og språk engelsk, tysk, svensk, dansk og norsk. Fikk 167 treff, leste 4 abstrakt og 1 artikkel og 1 ble inkludert fra Medline. Den 25.11.11 hadde jeg også et søk på de samme databasene i Ovid, men kombinerte nå bare søkerordene alcohol consupction, elderly people, epidemiology fra PIO med AND. Brukte samme limits som tidligere. Fikk 58 treff, leste 1 og inkluderte 1 fra Psyk info(vedlegg 1).

Manuelle søk: Jeg leste oversiktsartikkelen «Man kan ikke lære gamle hunder å sitte». En artikkel som det var referert til der virket svært relevant og søkte først på artikkeltittelen i Ovid. Fikk ingen treff og prøvde derfor å søke på forfatteren Mats Berglund. Da fikk jeg frem den aktuelle artikkelen (vedlegg 1). Hadde også et manuell søk direkte på artikkeltittelen «Unhealthy Drinking Patterns in Older Adults: Prevalence and Associated Characteristics» som det var henvist til i forskningsartikkelen »Riskfylld alkoholkonsumtion bland eldre». Den viste seg også å være relevant for min studie (vedlegg 1).

3.3 Kvalitetsvurdering

Det er utarbeidet ulike sjekklister for kvalitetsvurdering av forskningsartikler. Det må brukes sjekklister som passer til ulike studiedesignen (Nortvedt et al. 2008).

Jeg vurderte flere typer sjekklister. Jeg synes selve sjekklisene til Nasjonalt kunnskapssenter var oversiktlige og lette å bruke, men med deres kvalitetsgradering var det vanskelig å sammenligne ulike artikler. Jeg valgte likevel å bruke Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten sine sjekklister for vurderingen av forskningsartiklene. De er i samsvar med internasjonalt verktøy for kritisk vurdering. Jeg brukte også deres ordlister sammen med sjekklisene (www.kunnskapssentret.no) .

I tillegg har jeg benyttet meg av Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) sine måter å vise gradering av kvalitet. Jeg mener deres gradering av kvaliteten var mer presis og velger derfor å vise til begge metoder (se vedlegg 2). Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006) anbefalinger for gradering av kvalitet beregnet slik: Antall oppfylte kriterier/riktige svar i sjekklisene ble dividert på antall kriterier/spørsmål sjekklisen hadde. Svaret ble omregnet til prosent. Grad 1 tilsvarer 80-100 %, grad 2 tilsvarer 70-79 % og grad 3 tilsvarer 60-69 %. Artikler som fikk grad 3 eller dårligere ble ekskludert. Etter gjennomførte søk satt jeg igjen med 9 artikler som jeg nå ville kvalitetsvurdere. Jeg leste gjennom alle artiklene, jeg konsentrerte meg mest nå om hensikt og metode. Dette for å se om artiklene var relevant i forhold til min hensikt. Jeg måtte finne ut hvilken type artikler jeg hadde slik at jeg benyttet meg av riktige sjekklister for å kvalitetssikre dem. Jeg hadde 8 kvantitative artikler, 7 som var prevalensstudier og 1 som var randomisert kontrollert studie. Jeg hadde også 1 artikkel som var en kvalitativ studie. Alle artiklene hadde kvalitets grad 1 (se vedlegg 2) og 8 ble inkludert til å være med videre i min studie. Jeg ekskluderte artikkelen som var randomisert kontrollert studie. Den var interessant og av god kvalitet, men ved nærmere gjennomlesning så jeg at den ikke var relevant for min hensikt. Den sammenlignet to behandlingsstrategier for alkoholmisbruk.

3.4 Etiske hensyn

Jeg har valgt å benytte meg av Forsberg og Wengstrøm (2008) tre etiske vurderinger som bør inngå i en systematisk litteraturstudie:

1. Velge artikler som er godkjent av etisk komite, eller der nøyaktige etiske overveielser er blitt gjort.
2. Kartlegge alle artikler som inngår i studien og arkivere disse i ti år.

3. Presentere alle resultat som både støtter og motsier hypotesen, det er uetisk å presentere bare de artikler som støtter hypotesen til forskeren.

Det er viktig i min studie at alle forskningsartiklene er blitt vurdert etisk forsvarlig. Jeg ser at forskerne har tatt etiske hensyn, blant annet at deltakernes anonymitet er ivarettatt og de har tatt hensyn til personvern av deltakerne. Forskerne bruker anerkjente statistiske metoder for å bearbeide data. Alle inkluderte artikler i min studie er kvalitetsvurdert med kunnskapssentrets sjekklister. Alle inkluderte artikler er presentert i oversiktstabellen for artikler. Jeg oppbevarer utskrift av artiklene i 10 år og de er ellers lagret i databasene høyskolen har tilgang til. Hypoteser og funn blir ivarettatt i resultat og diskusjonsdelen av studiet.

3.5 Analyse

Evans (2002) har beskrevet en systematisk analysemetode av forskningsartikler. Han beskriver metodes fire faser slik:

1. Innsamling av artikler.
2. Identifisere nøkkelfunn i hver enkelt studie.
3. Bestemme hvordan disse funnene relaterer seg i forhold til funn fra andre studier.
4. Samle felles funn for å utvikle en beskrivelse av fenomenet/resultatpresentasjon.

I trinn 1 arbeidet jeg med innsamling av artikler. Jeg bestemte hvilke studier jeg ville inkludere i analysen, dette ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier. Jeg bestemte utvalget av studiene etter strategiske søk i databaser.

I trinn 2 leste jeg gjennom artiklene grundig og så om de svarte til min hensikt med hensyn til nøkkelfunn. Artiklene ble nummerert fra 1-8. Jeg prøvde å finne fellestrekk i artiklene og delte fellestrekkene inn i grupper. Jeg fant tre fellestrekk/tema fra artiklene som var relevante for min studie. De tre hovedtemaene fikk hver sin farge.

I trinn 3 laget jeg et «kart» med de nummererte artiklene på den ene siden og hovedtemaene på den andre siden. Jeg tegnet piler mellom temaene og til artiklene de var hentet fra. Pilene hadde temaenes farger. Dette illustreres i vedlegg 4. Dette gjorde at det var oversiktlig å se hvilke tema artiklene kom fra og jeg fikk lettere sammenhengen i det jeg produserte.

Resultatet fra analysen ble da gruppert i disse hovedtemaer:

- Helsemessige faktorer
- Sosiale faktorer
- Kjønnsmessige faktorer

I trinn 4 startet jeg nå med å gå gjennom alle artiklene igjen for å finne alle begreper og utsagn som omhandlet de tre temaene som var aktuelle for min hensikt og problemstilling. Funnene ble skrevet ned med referanse til originalteksten. Under dette arbeidet fant jeg flere undertema som ble samlet under hvert hovedtema, dette er også illustrert i vedlegg 3.

Hovedtema: Helsemessige faktorer

- Somatiske og psykiske forhold
- Medikamenter og alkohol

Hovedtema: Sosiale faktorer

- Sosioøkonomiske forhold
- Familieforhold

Hovedtema: Kjønnsmessige faktorer

- Kvinne/mann

3.6 Metodevurdering

Jeg har valgt et tema som vi har lite om i vårt pensum, og jeg har derfor brukt mye tid på å finne kunnskap fra andre kilder. Det er lite forskning på temaet i Norge, og det kan være en svakhet. Jeg har brukt artikler fra Europa og USA. Vi har ganske lik kultur og levestett, og vi kan derfor sammenligne oss med dem. Når jeg skrev min prosjektskisse ønsket jeg å ha fokus på kommunikasjon/relasjon til eldre hjemmeboende med alkoholmisbruk. Jeg fant ikke forskning som gikk direkte på det temaet. Jeg har derfor forandret problemstilling under prosessen. Tidlig i søkeprosessen hadde jeg derfor ord i PIO skjema som gikk på kommunikasjon/relasjon. Noen av disse artiklene brukte jeg i studiet. Senere brukte jeg andre søkeord og fant da resterende artikler. Jeg fant artikler som er relevante og dekkende for mitt tema.

Jeg har brukt 7 kvantitative artikler og 1 kvalitativ. At jeg har en kvalitativ kan virke inkonsekvent, men jeg mener den utfyller og tilfører kunnskap sammen med de kvantitative artiklene. Kvalitetsvurderingen brukte jeg mye tid på, og fant at jeg hadde gode artikler. Jeg valgte å bruke både kunnskapssentret og Willman et al. for å vise graderinger av kvalitet (se kapittel 3.3).

I analysen hadde jeg god hjelp av å bruke Evans fire faser og det var spennende å jobbe med tankekart. Jeg delte inn i hovedtema og undertema for å skille mellom de ulike tema. De kan lett gå over i hverandre. Jeg har et interessant tema, men synes det var en utfordring å lese engelske og tyske artikler. Jeg brukte mye tid på oversettelsene.

4.0 RESULTAT

Jeg har organisert resultatdelen etter inndelingene som kom fram ved analysen. Hensikten med studien var å undersøke hvordan fagarbeidere kan identifisere eldre alkoholmisbrukere som bor hjemme. Jeg har samlet funnene fra artiklene som kjennetegner eldre med alkoholmisbruk. Målet er at funnene skal besvare studiens hensikt og problemstilling.

4.1 Helsemessige faktorer.

Somatiske faktorer:

7 artikler viser til i sine innledninger at alkoholmisbruk gir en økt risiko for negative helseeffekter hos eldre (Aira, Hartikainen og Sulkava 2008, Blazer og Wu 2009, Blazer og Wu 2011, Hapke, Hanisch, Ohlmeier og Rumpf 2009, Immonen, Valvanne og Pitkala 2011, Linden-Bostrøm, Persson og Berglund 2009 og Merrick, Horgan, Hodgkin, Garnick, Houghton, Panas, Saitz og Blow 2008). Linden-Bostrøm, Persson og Berglund (2009) sier blant annet at aldersrelaterte fysiologiske endringer gir økt følsomhet for alkohol, og kroniske tilstander kan bli utløst eller forverret av alkoholbruk. Svensk statistikk sier også at sykehusinnleggelser med alkoholforgiftning blant eldre øker. Det samme gjelder også alkoholrelaterte diagnoser.

Aira, Hartikainen og Sulkava (2008) tar også i sin studie opp spørsmålet om leger skal gi råd om daglig alkoholinntak for å bedre helsen. Skal avholdsfolk tilrådes å begynne å drikke? De besvarer ikke spørsmålet, men problematiserer risiko ved alkoholinntak i forhold til aldring, kroniske sykdommer og bruk av medikamenter. De mener mer forskning er nødvendig på dette feltet.

Flere studier sier at det er større forekomst av ulykker hos eldre risikodrikkere (Blazer og Wu 2011, Immonen, Valvanne og Pitkala 2011 og Linden-Bostrøm, Persson og Berglund 2009). Den finske studien sier at de som har risikoforbruk falt og skadet seg 7 ganger mer enn de som ikke var risikodrikkere. De eldre innrømte fall eller selvpåført skade på grunn av alkoholbruk. Blazer og Wu (2009) sier også at de som hadde ukontrollert drikking var det 14 ganger mer sannsynlig at de kjørte i alkoholpåvirket tilstand sammenlignet med de som ikke rapporterte ukontrollert alkoholmisbruk.

Psykiske faktorer:

Sammenhengen mellom psykiske symptomer og risikofylt alkoholforbruk rapporteres i flere av artiklene. Det kan være på grunn av negative alkoholeffekter, men også av at personer med psykiske problem i mange tilfeller anvender store mengder alkohol. Det vises også til at det er en sammenheng mellom avhengighet av legemidler og alkoholmisbruk. Dette krever oppmerksomhet fra helsepersonell (Blazer og Wu 2011, Linden-Bostrøm, Persson og Berglund 2009 og Merrick et al.2008). Sammenhengene er ikke alltid like lette å finne:

Conversely, subsample analysis revealed that, although self-reported chronic depressive symptomatology was not related to unhealthy drinking in the full population, it was a significant positive predictor of unhealthy drinking among drinkers (Merrick et al. 2008,221).

De mener også at det må utvikles en målrettet tilnærming innen screening for å redusere alkoholmisbruk blant eldre (Merrick et al. 2008). En annen amerikansk studie av Blazer og Wu (2009) viser til at psykisk stress kan føre til alkoholproblem hos eldre, men ser derimot ingen sammenheng mellom psykisk lidelse og alkoholmisbruk. De mener også at eldre bør screenes for å kunne identifisere dem som har alkoholproblem. De mener at vanlige spørreskjema som CAGE ikke vil fange opp periodedrikkerne. Derfor bør helsepersonell spørre spesielt om drikkeperioder hos eldre.

Medikamenter og alkohol:

Aira, Hartikainen og Sulkava (2008), Blazer og Wu (2009), Blazer og Wu (2011) og Linden-Bostrøm, Persson og Berglund (2009) finner at det er sammenheng mellom bruk av beroligende medisiner og skadelig alkoholbruk. Blandingsmisbruk er altså utbredt.

Det er mer vanlig blant eldre enn yngre å bruke alkohol til «medisinsk bruk». Interaksjoner mellom alkohol og medikament må helsepersonell vurdere og være oppmerksomme på. Det er også vanlig at mange eldre bruker alkohol som selvmedisinering ved medisinske tilstander. Det gjelder spesielt mot hjerte/kar sykdom, forkjølelse og fordøyelse. Mange eldre bruker også alkohol i stedet for sovemedisin. Mengden av alkohol de bruker som medisiner var små, men alkohol kan ha interaksjoner med andre medisiner de bruker. Leger og andre helsepersonell må derfor vurdere mulige risikoer med alkohol assosiert sammen med medisinske tilstander. (Aira, Hartikainen og Sulkava 2008).

Det viser seg også at de som har risikoforbruk av alkohol ofte glemmer å ta sine forskrevne medikamenter. De har glemt å ta sine faste medisiner 6 ganger oftere en ikke-risikodrikkere (Immonen, Valvanne og Pitkala 2011). Det har vært antatt at

screeningverktøy for alkoholbruk ikke er så gode til eldre. Å inkludere spørsmål om «medisinsk» bruk av alkohol kan avdekke alkoholbruk som ellers ville bli holdt hemmelig. Mange eldre pasienter kan være uoppmerksomme på for eksempel å bruke alkohol sammen med nitroglyserin for å lindre brystmerter. Det kan gi blodtrykksfall og besvimelse med mulighet for skade. Et annet eksempel er om en tar en beroligende medisin om morgenen og en drink om kvelden kan den sedative effekten av alkohol bli økt på grunn av forlenget utskillingstid av medisin hos eldre (Aira, Hartikainen og Sulkava 2008).

Clearly then, including questions on the medicinal use of alcohol in questionnaires aimed at older persons could be useful in revealing alcohol use which might otherwise be kept secret (Aira, Hartikainen og Sulkava 2008, 447).

4,2 Sosiale faktorer.

Sosioøkonomiske forhold:

De eldre som har stor risiko for å bli alkoholikere er pensjonister med høyere utdanning og god økonomi (Blazer og Wu 2011, Hapke et al. 2009, Linden-Bostrøm, Persson og Berglund 2009 og Merrick et al. 2008). Blazer og Wu (2009) sier derimot at lav inntekt kan ha sammenheng med alkoholmisbruk. Mange av de eldre kommer til å ta med seg sine alkoholvaner inn i alderdommen. Det blir dermed en økning i alkoholrelaterte skader og dermed større utfordringer for helsetjenesten. Man ser også sammenheng mellom alkoholmisbruk, levevaner og helse. En risikofaktor for alkoholmisbruk er tobakksbruk (Linden-Bostrøm, Persson og Berglund 2009). Studiene til Blazer og Wu (2009), Blazer og Wu (2011), Immonen, Valvanne og Pitkala (2011) og Merrick et al. (2008) støtter også en sammenheng mellom risikofylt alkoholbruk og nikotinavhengighet. Når man skal identifisere eldre alkoholikere må man ta hensyn til sosioøkonomisk status og regionale forskjeller (Hapke et al. 2009).

Familieforhold:

Blazer og Wu (2011), Linden-Bostrøm, Persson og Berglund (2009) og Merrick et al. (2008) sier og at det å være enslig, skilt, separert, enke og enkemann også er en risiko for å utvikle alkoholmisbruk og assosieres med alkoholmisbruk. Immonen, Valvanne, Pitkala (2011) finner derimot at å bo sammen med ektefelle eller samboer assosieres med risikodrikking.

4.3 Kjønnsmessige faktorer.

Kvinner:

Studiene har undersøkt om kjønn har noen sammenheng mellom eldre og alkoholmisbruk. De mener det er viktig å ta hensyn til kjønn ved identifisering av alkoholbruken hos eldre. Flere studier sier at kvinner drikker mer enn før. Kvinner har i dag god pensjon og god økonomi. De har mulighet til å nyte det «gode liv». Dette har stor betydning for kvinner og de har dermed lettere for å få alkoholproblem. Det er vanlig at kvinner slutter å drikke alkohol etter 80 år (Hapke et al.2009 og Linden-Bostrøm, Persson og Berglund 2009). Kvinner føler skam og har skyldfølelser ved alkoholmisbruk. Det hindrer dem i å søke behandling. De føler at de ikke klarer å ta vare på seg selv og utføre hverdagsplikter. Kvinner dømmer seg selv hardt dersom de gjorde noe upassende. De anstrenger seg med å forklare hvorfor et drikkeproblem har oppstått. De har store behov for å bli forstått. Kvinner har større behov enn menn for å være i et sosialt fellesskap. Det er viktig hva andre synes om dem. De er redd for å miste venner og familie. Når de søker hjelp/behandling er det ofte etter påtrykk fra andre som betyr noe for dem. Det er ikke kvinnelig å ha et alkoholmisbruk og de vil ikke vise problemet. Kvinner føler svikt mot andre og er opptatt av hva andre synes om dem (Jakobsson, Hensing og Spak 2008).

Menn:

Merrick et al. (2008) og Blazer og Wu (2009) hevder at det er større sannsynlighet for uheldig drikking ved å være mann. Misbruk har større utbredelse hos menn enn hos kvinner. Immonen, Valvanne og Pitkala (2011) er enig i at risikodrikking assosieres med å være mann, men i den yngre del av aldersgruppen over 65 år. Blazer og Wu (2009) sier også at høy inntekt, være enslig, enkemann eller skilt assosieres med alkoholmisbruk. . Jakobsson, Hensing og Spak (2008) sier menn som er alkoholmisbrukere føler mer svikt mot seg selv. De føler også skam slik som kvinner. De klarer ikke å kontrollere seg selv og opplever det som tegn på svakhet. De kan derfor plages med et lavt selvilde. Aira,Hartikainen og Sulkava (2008) i sin finske studie sier derimot at det ikke er noen kjønnsforskjeller ved alkoholmisbruk hos eldre.

5.0 DISKUSJON

5.1 Hvilke helsemessige faktorer kjennetegner den eldre alkoholmisbruker som bor hjemme?

Et av funnene i min studie var at det er større forekomst av ulykker hos eldre risikodrikkere. Immonen, Valvanne og Pitkala (2011) sier at de som har risikoforbruk falt og skadet seg 7 ganger mer enn de som ikke var risikodrikkere. De eldre innrømte også fall som førte til skade på grunn av alkoholbruk. Dette er noe jeg kjenner igjen fra min praksis i hjemmesykepleien. Vi finner ofte den eldre alkoholmisbrukeren på gulvet. Det lukter alkohol, han er kald og våt av urin. Vi i hjemmesykepleien har ikke spesielle metoder eller prosedyrer for å jobbe med rusmisbrukeren. Vi tilpasser oss situasjonen og den enkelte brukeren. Vi hjelper rusmisbrukeren opp fra gulvet etter fall og bistår med å dekke eventuelle behov for egenomsorg. Det kan være både fysisk og psykisk belastende. Jeg har hørt kollegaer si at eldre har rett til å velge livsstil selv. «Hun har ikke mange år igjen, det er den eneste gleden hun har».

Det er ikke alltid lett å se sammenhengen mellom alkoholmisbruk og fall. Det har jeg erfart fra praksis. Jeg har opplevd at vi har trodd at den eldre hadde fått hjerneslag på grunn av nedsatt kraft og uklar tale, men som i realiteten har vært sterkt påvirket av alkohol. Prosjektet til bydelen St. Hanshaugen i Oslo (2010) viser også til at det er vanskelig å avdekke den eldre alkoholmisbrukeren. De ansatte kunne fokusere på somatiske forhold og vanlige alderdomsplager og ikke om den eldre hadde problem med alkoholmisbruk. Dette viser at fall og skader kan ha mange årsaker, og at vi fagarbeiderne må ha større fokus på eldre og alkohol. Å få fram årsaken til en pasient faller er god datasamling.

Psykiske faktorer og stress viser seg å ha en betydning for alkoholmisbruk. Det kan være på grunn av negative alkoholeffekter, men også på grunn av at personer med psykiske problem i mange tilfeller anvender store mengder alkohol. Sammenhengen kan derfor være vanskelig å avklare. Det vises også til at psykisk stress kan føre til alkoholproblem hos eldre (Blazer og Wu 2009). Dette er noe jeg har erfart fra praksis. Jeg har for eksempel opplevd at koner til ektemenn som er pleietrengende, mentalt redusert og med nedsatt funksjonsevne, kan få alkoholproblem. De har «mistet» sin stabile livsledsager og venn som var den som ordnet med praktiske ting. De blir isolert og får en ny rolle med plikter

og ansvar som er vanskelig å takle. De kan da bruke alkohol for å klare å mestre situasjonen, eller ha en kortvarig flukt fra den. Stress og psykiske belastninger kan ses i sammenheng med rolleendringene eldre opplever. Jeg viser til Thornstam (2005) som sier at nedsatt rolledifferensiering har negativ virkning på egenoppfatning og identitet. Dette kan føre til en større eller mindre utslettelse av jeg'et. Dette forteller oss at psykiske faktorer og stress kan føre til at den eldre bruker alkohol som mestring.

Jeg fant at det var to problemområder mellom bruk av medisiner og alkohol.

Interaksjon:

Alkohol har interaksjoner med andre medisiner, selv om det ikke er inntak av store mengder (Frydenlund 2011 og Aira, Hartikainen og Sulkava 2008). Det kan det være snakk om små mengder alkohol og det behøver ikke lukte alkohol av den eldre. Det har vært antatt at screeningverktøy for alkoholbruk ikke er så gode til eldre. Å inkludere spørsmål om «medisinsk» bruk av alkohol kan avdekke alkoholbruk som ellers ville bli holdt hemmelig. Mange eldre pasienter kan være uoppmerksomme på interaksjonene mellom alkohol og medikament (Aira, Hartikainen og Sulkava 2008). Dette må vi fagarbeidere informere og spørre om. Interaksjoner kan også være en grunn til fall hos eldre.

Selvmedisinering:

Jeg har fra praksis opplevd at pasienter har brukt alkohol som sovemedisin og som beroligende. Jeg har også opplevd at en alkoholmisbruker med en kreftdiagnose brukte alkohol blant annet som smertelindring i tillegg til den forordnede smertebehandlingen. Det var vanskelig å vite hvor mye alkohol han inntok og han var veldig vanskelig å smertelindre. Frydenlund (2008) og Aira, Hartikainen og Sulkava (2008) sier også at de kan bruke alkohol som beroligende, som smertestillende eller som sovemedisin. Aira, Hartikainen og Sulkava (2008) hevder at alkohol kan være selvmedisinering mot både somatiske og psykiske tilstander. Et eksempel er om en tar en beroligende medisin om morgenen og en drink om kvelden kan den sedative effekten av alkohol bli økt på grunn av forlenget utskillingstid av medisin hos eldre.

Jeg har opplevd fra praksis at alkoholmisbrukere også kan glemme å ta viktige medisiner som for eksempel insulin. Ved diabetes og alkoholmisbruk er det vanskelig å stabilisere blodsukkeret. Da må hjemmesykepleien ha ansvar for administreringen av medikamentene, noe som kan være en utfordring i slike tilfeller. De benekter ofte sitt

problem og ønsker ikke hjelp til administrering av medisiner. Immonen, Valvanne og Pitkala (2011) sier mange eldre som har alkoholmisbruk kan glemme å ta sine faste medikamenter. De har glemt å ta sine faste medisiner 6 ganger oftere enn ikke-risikodrikkere. Ut fra dette ser man hvor viktig det er med et godt samarbeid mellom hjemmesykepleien og fastlegen for å avdekke overforbruk og feilbruk av medisiner. Det er mulig at hjemmesykepleien sammen med fastlegen i flere tilfeller bør administrere deres medikamenter for å hindre at alkoholmisbrukeren glemmer eller tar feil medisin.

Studiene til Blazer og Wu (2009), Blazer og Wu (2011), Immonen, Valvanne og Pitkala (2011), Linden-Bostrøm, Persson og Berglund (2009) og Merrick et al.(2008) finner sammenheng mellom tobakksbruk og alkoholmisbruk. Dette er noe jeg også ser igjen fra min praksis i hjemmesykepleien. De som har alkoholmisbruk røyker ofte også.

5.2 Sosiale faktorer, identitet og skam

I min studie fant jeg også at eldre som har stor risiko for å bli alkoholikere er pensjonister med høyere utdanning og god økonomi (Blazer og Wu 2011, Hapke et al. 2009, Linden-Bostrøm, Persson og Berglund 2009 og Merrick et al. 2008;). Dette har jeg også observert fra hjemmesykepleien. De har god økonomi og dermed større frihet. De reiser mer og har mere tid til venner og familie. Dette kan nok også påvirke deres drikkevaner. De kan ha et uproblematisk forhold til alkohol i utgangspunktet, men så kommer alderdommen med forandringer på mange plan. Frydenlund (2011) viser til at eldres nettverksforandringer i livet kan forårsake alkoholmisbruk. Det kan være på grunn av flytting, tap av ektefelle og venner. Eventuelt kan det være problemer med fysisk funksjonshemming og man kommer seg ikke like lett til sosiale sammenkomster.

Tap av roller og behov for ny tilpasning viser seg å ha betydning for misbruk av alkohol. Min studie sier at det å være enslig, skilt, separert, enke og enkemann er en risiko for å utvikle alkoholmisbruk og assosieres med alkoholmisbruk (Blazer og Wu 2011, Linden-Bostrøm, Persson og Berglund 2009 og Merrick et al. 2008). Prosjektet i bydelen St. Hanshaugen(2011) i Oslo fant også ut at tap av livsledsager, familie, nettverk og helse går ofte igjen. Eldre er spesielt utsatt for tap, og dermed kanskje også spesielt utsatt med hensyn til rus- eller psykisk helseproblematikk. Daatland og Solheim (2011) viser til hvordan eldre opplever rolleendringer. De må gi avkall på etablerte roller. En slik

overgang er en påkjenning og krever ny tilpasning. Thornstam (2005) deler alderdommen inn i to faser: 1. Den friske pensjonisttiden. 2. Den «fjerde alderen». I forbindelse med den «fjerde alderen» kommer tap av helse og økende skrøpelighet, samt tap av eventuelt ektefelle og omgangskrets. Vi kan se begge faser i hjemmesykepleien, men den ”fjerde alderen” er nok den fasen som har størst betydning med hensyn til rolleendringer. De fleste opplever det å bli alene som enke eller enkemann som en større rolleforandring enn det å bli pensjonist. Tornstam (2005) sier også at følelsen av ensomhet behøver ikke bare ha å gjøre med tap av roller og nær omgangskrets, men at spesielle barndomsopplevelser også henger sammen med følelsen av ensomhet som gammel. Jeg har erfart fra praksis at for eksempel en enke uten barn behøver ikke å føle seg ensom, selv om hun har lite besøk. Derimot kan en enke med mange barn som ofte har besøk av barn og barnebarn føle seg veldig ensom. Dette viser at ensomhet oppleves og takles ulikt blant eldre og noe vi fagarbeidere må være oppmerksomme på.

Eventuelle fall kan også gi skader der vi i hjemmesykepleien må kontakte lege, og det kan bli behov for røntgen og eventuelt sykehusinnleggelse. Dette er noe den eldre kan føle som nederlag og de er redd for at deres alkoholmisbruk blir avslørt av fagarbeidere og pårørende. De er flaue over misbruket og vil skjule det (Snoek og Engedal 2008). En sykehusinnleggelse kan derfor virke veldig truende og de vil motarbeide det så lenge det er mulig. Dette ser vi ofte i hjemmesykepleien. »Kan du ikke vente til i morgen med å ringe legen», er et vanlig utsagn de kan si i slike situasjoner. Gulbrandsen et al.(2006) sier at skamfølelse kan fungere konstruktivt ved å føre til en beskjeden holdning som oppfattes som sympatisk, og kan i tillegg motivere til atferdsendringer som tar sikte på å styrke selvbildet. Jeg har også erfart spesielt hos kvinner at de føler stor skam og kommer med mange unnskyldninger for at de ikke er i form når vi kommer om morgenen. «Du skjønner jeg lå og leste til klokken fire i natt og derfor er jeg litt trøtt og urven», er eksempel på utsagn for å skule sitt misbruk. Goffman (2000) sier at dersom krav og forventninger samfunnet har av oss ikke stemmer med den framtoning og oppførsel vi har, oppstår en stigmatisering. Gulbrandsen et al.(2006) viser til faren ved å bli stemplet som misbruker. En blir sett på som svak og kommer dermed i en dårlig sosial posisjon. Det kreves trygghet for å kunne vise og innrømme sin utrygghet. Det er derfor viktig at vi fagarbeiderne er klar over hvor mye den eldre rusmisbruker ønsker å skule sitt misbruk, og hvor redde de er for å bli stigmatisert i en gruppe de ikke kjenner seg igjen i.

5.3 Betydningen av kjønnsmessige faktorer

Min studie sier at det er større utbredelse av alkoholmisbruk hos menn enn hos kvinner, og at risikodrikking assosieres med å være mann (Blazer og Wu 2009, Immonen, Valvanne og Pitkala 2011 og Merrick et al. 2008). Studien sier imidlertid at kvinner drikker mer enn før. Kvinner har i dag god pensjon og god økonomi. De har mulighet til å nyte det «gode liv». Dette har stor betydning for kvinner og de har dermed lettere for å få alkoholproblem nå enn tidligere. Frydenlund (2011) sier at det kan se ut som eldre ensomme menn med lite nettverk har større sjanse for å utvikle alkoholmisbruk enn eldre kvinner. Eldre kvinner i samme situasjon har derimot større sjanse for å utvikle problem relatert til misbruk av legemidler. Jakobsson, Hensing og Spak (2008) er enig med Hapke et al.(2009), Frydenlund (2001) og Linden-Bostrøm, Persson og Berglund (2009) i at kvinner og menn reagerer ulikt i forhold til å være alkoholmisbrukere og må tas hensyn til ved identifisering. Jeg tror det er vanskelig å skille mellom menn og kvinner ved identifisering, og mine funn er ikke så tydelig på hva som er forskjellen. Begge føler skam og plages med lavt selvbilde. Jeg tror ut fra praksis at både kvinner og menn har behov for å være i et sosialt felleskap. Begge vil bli sett som den de er og har vært i sitt tidligere sosiale liv.

5.4 Kartleggingsverktøy for å identifisere eldre alkoholmisbrukere

5.4.1 Betydningen av gode kartleggingsverktøy

Frydenlund (2011) mener at for å møte framtidens eldre er det viktig med økt kunnskap og oppmerksomhet. Ved tidlig identifisering av bekymringsfull alkoholbruk er fagarbeidere også avhengig av egnede kartleggingsmetoder for eldre. Det finnes mange ulike kartleggingsverktøy.

CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) består av fire spørsmål som fokuserer på avhengighet. To eller flere positive svar viser høy sannsynlighet for at personen er misbruker(se vedlegg 5).

AUDIT(Alcohol Use Disorder Identification Test) finnes i mange varianter, men originalen består av 10 spørsmål. Den omhandler nivåer av alkoholkonsum, symptom av alkoholavhengighet og problem som er assosiert med alkoholbruk. Positiv test dersom 8 eller flere positive svar (se vedlegg 5).

MAST-G er et kartleggingsverktøy som ble ifølge Frydenlund (2011) brukt i et dansk prosjekt i Silkeborg kommune (se vedlegg 5). Det tar etter deres mening spesielt hensyn til eldre menneskers livssituasjon ved blant annet å inkludere spørsmål om tap av kjære og om ensomhet. De mener at det kartlegger omfanget av de eldres alkoholbruk og at det danner utgangspunkt for refleksjon mellom den eldre og fagarbeideren.

Man kan også ta blodprøve som kan avdekke det aktuelle etanolnivået i blodet. Andre blodprøver kan sannsynliggjøre alkoholmisbruk, men de er ikke spesifikke.

Det diskuteres i studiene om hvor bra egnet skjemaene er til de eldre, men de er enig i at eldre bør screenes (Aira, Hartikainen og Sulkava 2008, Blazer og Wu 2009 og Merrick et al. 2008). De mener at vanlige spørreskjema som CAGE ikke vil fange opp periodedrikkene. Derfor bør helsepersonell spørre spesielt om drikkeperioder hos eldre (Blazer og Wu 2009). Aira, Hartikainen og Sulkava (2008) mener spørreskjema bør inkludere spørsmål om «medisinsk» bruk av alkohol. Det kan avdekke alkoholbruk som ellers ville bli holdt hemmelig. Jeg har ingen erfaring i bruk av kartleggingsverktøy til eldre alkoholmisbrukere, og jeg tror det er lite brukt i Norge, også blant leger. I følge Frydenlund (2011) sin studie føler eldre ofte at de ikke klarte å identifisere seg med de spørsmål og svaralternativer kartleggingen inneholder. Helsedirektoratet sier at for å få en tidlig intervensjon er det viktig for ansatte i pleie og omsorgstjenesten å ha tilstrekkelig kunnskap om avdekking, kartlegging og oppfølging av sine brukere (Helsedirektoratets veileder 2009). Det er tydelig at kartlegging av eldre alkoholmisbrukere er et diskutert tema. Helsedirektoratet anbefaler kartlegging og tilstrekkelig kunnskap i omsorgstjenesten. De sier derimot ikke noe om hvilke verktøy de anbefaler brukt. Det bør fokuseres på utvikling og validering av screeninginstrument som er spesielt tilpasset eldre. Dårlig kartlegging kan også føre til dårlig dokumentasjon.

Prosjektet til Oslo kommune, bydel St. Hanshaugen (2011) ble det gitt opplæring og veiledning i dokumentasjon, tegn og symptomer, og rusmisbruk i et helseperspektiv. For at prosjektet skulle kunne fange opp denne typen dokumentasjon ble nye rutiner utarbeidet. Det ble opprettet et eget tiltak i pasientjournalssystemet for å bedre dokumentasjonen. Prosjektet brukte mye ressurser på å implementere denne dokumentasjonsrutinen. Utover i prosjektperioden økte antallet og kvaliteten på dokumentasjon av mulig alkohol- eller legemiddelmisbruk betraktelig.

5.4.2 Negative konsekvenser av identifisering av alkoholmisbruk.

Ved å bli identifisert blir den eldre alkoholmisbrukeren satt i en bås. Samfunnet og fagarbeidere har en oppfatning om hvordan en rusmisbruker skal være. Vi er fordomsfulle! Det er en som ikke er sunn, som ikke har kontroll på seg selv og som ikke klarer å takle livet. Goffman (2000) sier at tilsynelatende identitet er uttrykk for de umiddelbare normative krav og forventninger omverden har av oss, hvordan en bestemt person bør være og hvilke egenskaper han bør ha. Han mener at ved å skille ut en gruppe kan det lett føre til stigmatisering og forfølger for deres sosiale liv. Jeg har erfart at fagarbeidere kan si at han har selv skyld i sitt misbruk, det er ikke en sykdom som er uforskyldt. Fagarbeideren har dermed ikke samme respekt for misbrukeren som andre brukere og setter han i en negativ gruppe. Dette er ikke i samsvar med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Norsk sykepleieforbund 2011,8).

Goffman (2000) sier at alkoholmisbrukeren også kan stemple seg selv ved å bli identifisert. Den faktiske sosiale identitet er derimot personens utgave av den sosiale identitet, den kategori han faktisk tilhører og de egenskaper han faktisk har. En føler seg stemplet som et dårlig menneske, noe en ikke kjenner seg igjen i. En kan føle skam og få et dårlig selvbilde. Viser til kapittel 5.2. om følelsen av skam hos misbrukere.

Snoek og Engedal (2008) viser til at det er to typer misbrukere blant eldre. Det er de som tok med seg misbruket inn i alderdommen og de som startet misbruket i eldre år. Jeg tror at de som tok med seg misbruket inn i alderdommen er oftest identifisert og lett å kjenne igjen. De er i et stigma de kjenner seg igjen i og er fortrolig med. Derimot de som startet sitt alkoholmisbruk i eldre år er vanskelige å kartlegge uten at de blir stigmatisert. Fagarbeiderne må tenke på misbrukerens beste og ikke være forutinntatt. Kartlegging er datainnsamling og er nødvendig for at vi kan hjelpe/behandle den eldre rusmisbruker. I følge helse- og omsorgsloven er vi pliktige til å gi opplysning, råd og veiledning for å forebygge sykdom. Vi må likevel vurdere i vært enkelt tilfelle om kartlegging er det rette. Kartleggingen må ha en hensikt og være til pasientens beste.

5.5 Konsekvenser for praksis

Faglitteraturen og mine erfaringer fra hjemmesykepleien viser at fagarbeiderne er unnnvikende når det gjelder å spørre eldre om deres alkoholmisbruk. Det er lite kunnskap om eldre og alkoholmisbruk, og dermed vanskelig for fagarbeiderne å identifisere helseskader og misbruk. Frykt, skepsis og tidspress i en travel arbeidsdag kan være en årsak.

Ved undervisningen på høyskolen i Molde hadde vi forelesning med representanter fra Fylkesmannens kontor, der ble det tatt opp at det er lite fokus på eldre og rus. Problemet er mye utbredt og i de kommende år må eldre og rus komme på dagsorden og bli et satsingsområde. Foreleser viste til konseptet DUGNAD. Kompetansesentret rus Midt-Norge og kommunene Herøy, Ålesund, Haram og Fræna i Møre og Romsdal dannet et faglig konsept som de kaller DUGNAD. De har fokus på eldre med skadelige rusmiddelvaner. De har etablert tverrfaglige grupper i egen kommune, de lager handlingsplaner som skal forankres i de ulike kommuners planverk og ledelse. Det tilbys seminarer i hver kommune for å gi kompetanseheving. Kommunene styrer selv arbeidet, men fordelen med å samarbeide med andre kommuner gir mer kompetanse på grunn av flere ideer og gode refleksjoner (Kompetansesentret rus Midt-Norge 2011). Dette bør være til inspirasjon for alle kommuner.

Fremover vil det dessuten være viktig med mer dedikert forskning på alkoholbruk blant eldre. Mer kunnskap vil kunne gi bedre relasjoner med motiverende samtaler. Martinsen (2009) viser til Kierkegaards uttalelser om en faglig og profesjonell samtale. Han sier vi kan forstå mer enn han og vite mer enn han, men først og fremst forstå det han forstår. Gjør vi ikke det, kan slett ikke vår merforståelse hjelpe han. Ut fra dette må fagarbeideren respektere og forstå den hjelpetrengende, spesielt forstå bakgrunnen til den hjelpetrengendes alkoholmisbruk. Samtidig må fagarbeideren tilføre noe faglig som kan øke den hjelpetrengendes livskvalitet. God og tillitsfull kommunikasjon er en forutsetning for alt dette. Det er viktig at vi blir kjent med den eldre og kjenner deres livshistorie. Hjemmesykepleien må bruke tid, ha kunnskap og ha faste fagpersoner hos den eldre brukeren. Isaksen (2003) viser til at hjemmesykepleien bør organiseres slik at brukeren får så få ansatte å forholde seg til som mulig. Hun sier at studier forteller at eldre ønsker kontinuitet av tjenesten, de ønsker å kjenne den som kommer og føle seg trygg i relasjonen. Dette skaper tillit og gjør at det blir lettere å identifisere den eldre

alkoholmisbrukeren, som ofte er fylt av skam og gjør alt for å skjule sitt misbruk.

Fastlegene kan også fokusere mere på eldre og alkoholmisbruk.

Det bør også fokuseres på utvikling og validering av kartleggingsverktøy som er spesielt tilpasset eldre. Hjemmesykepleien vil få store utfordringer med hensyn til kartlegging og identifisering av alkoholmisbruk, og kunnskap om alkoholbruk hos eldre bør i større grad inn i utdanningen av fagarbeidere. I følge samhandlingsreformen må kommunene tenke forebygging og det er et ønske fra regjeringen at kommunene skal etablere flere tverrfaglige team for å kunne gi et mer helhetlig tilbud. Noen kommuner er kommet lengre enn andre. Kompetansesentret rus Midt-Norge har dannet tverrfaglige grupper i flere kommuner. Dette kan andre kommuner hente erfaringer fra. Når man har identifisert en alkoholmisbruker, må dette inngå i beslutningsgrunnlaget for oppfølgingen, både for hjemmesykepleien og andre instanser som for eksempel fastlege og sykehus. Det er etablert egne rusteam i de fleste kommuner, men de har fokus på unge. De har mye kunnskap om misbruk og noe kan føres over på eldre. Det bør være et tettere samarbeid mellom etatene i kommunene og helseforetakene. Kanskje bør det være egne rusteam for eldre?

6.0 KONKLUSJON

Hensikten med litteraturstudien var å belyse hvordan eldre med alkoholmisbruk kan identifiseres av fagpersoner i hjemmesykepleien.

Resultatene fra litteraturstudien viser at alkoholmisbruk hos eldre er et utbredt problem. Vi må derfor oftere tenke på alkohol som en mulig årsak til dårlig helse hos eldre.

Fagarbeidere har lett for å fokusere på somatiske forhold. Å finne årsaken til at den eldre faller er god datasamling og alkohol kan også være en årsak. Min studie sier at eldre alkoholmisbrukere er mer utsatt for fall og skader.

Resultater fra studien fant at å kombinere medikamenter og alkohol kan være problematisk på flere måter. Vi fagarbeidere må gjøre den eldre oppmerksomme på interaksjoner mellom alkohol og medikament. Mange eldre er ikke oppmerksomme på dette. Noen eldre bruker alkohol som selvmedisinering av både somatiske og psykiske plager. Både interaksjoner og selvmedisinering kan være gode innfallsvinkler til å ta opp alkoholbruk. Mange eldre alkoholmisbrukere har også problem med å administrere sine medisiner, og de kan glemme å ta viktige medikament. Et samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleien til administrering av medikamenter er et viktig i slike tilfeller.

Psykiske faktorer og stress viser seg å ha betydning for misbruk av alkohol hos eldre. Dette er mye på grunn av rolleendringene eldre utsettes for. Det kan være tap av livsledsager, venner og helse. Dette kan føre til at de blir mindre sosiale, og alkohol kan da bli brukt som mestringsstrategi av ensomhet. Gode dagtilbud kan for noen være et alternativ i slike situasjoner.

Den eldre alkoholmisbruker sliter ofte med skam og vil skjule sitt misbruk. Dette gjelder spesielt for de som startet sitt misbruk i eldre år. Det kreves trygghet for å vise sin utrygghet. Kunnskap, tid og god kommunikasjon er derfor viktig for at vi fagarbeidere skal oppnå god relasjon med den eldre.

I følge samhandlingsreformen bør vi jobbe mer helhetlig og tverrfaglig. Ulike enheter i kommunene må samarbeide og ulike kommuner kan samarbeide. Kunnskap må deles og formidles. Rusteam for eldre bør etableres i alle kommuner.

Det finnes ulike kartleggingsverktøy for å identifisere den eldre alkoholmisbruker. Kartleggingsverktøy er anbefalt, men det diskuteres hvor bra de er tilpasset eldre og om alle eldre bør kartlegges. Kartleggingen må ha en hensikt, og det må utarbeides kartleggingsverktøy som er spesielt tilpasset eldre. Vi trenger mer forskningsbasert kunnskap om eldre og alkoholmisbruk i Norge.

Litteraturliste:

Alkoholoven. 2006. *Lov om omsetning av alkoholholdig drikk m.v.* <http://www.lovdata.no>
(Lest 04 02. 2012)

Aira, Marja, Sirpa Hartikainen og Raimo Sulkava. 2008. Drinking alcohol for medicinal purposes by people aged over 75: a community-based interview study. *Family Practice*. 5:445-449.

Blazer, Dan G. og Li-Ty Wu. 2009. The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. *The American Journal of Psychiatry*. Vol.166, Iss. 10, p. 1162-9.

Blazer, Dan G. og Li-Ty Wu. 2011. The Epidemiology of Alcohol Use Disorders and Subthreshold Dependence in a Middle-Aged and Elderly Community Sample. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol.19, Iss. 8, p. 685-694.

Daatland, Svein Olav og Per Erik Solem. 2011. *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Oslo: Fagbokforlaget.

Engedal, Knut. 2008. *Lærebok alderpsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis of processed data. *Australian J of Advanced Nursing*; 20(2), 22-25.

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. 2. utg. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.

Frydenlund, Runa. 2011. *Eldre, alkohol og legemiddelbruk, en kunnskapsoppsummering*. Oslo: Kompetansesenter rus-Oslo, Oslo kommune.

Goffmann, Erving. 2000. *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. Oslo: Gyldendal samfunsbibliotek.

Gulbrandsen Pål, Per Fugelli, Grethe Hovind Stang, Bente Wilmer. 2006. *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hapke, Ulfert, Christiana Hanisch, Christoph Ohlmeier og Hans-Jørgen Rumpf. 2007. Epidemiologie des Alkoholkonsums bei alteren Menschen in Privathaushalten: Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurvey. *Sucht* 55 (5), 281-291.

Helsedirektoratet veileder. 08/2009. *Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet. 2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted-til rett tid*. St.meld.nr.47 (2008-2009) Oslo: Helse –og omsorgsdepartementet.

Helse og omsorgstjenesteloven. 2012. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* <http://www.lovdata.no> (Lest 04. 02. 2012).

Hoverak, Øyvind og Elin K. Bye. 2007. *Det norske drikkemønstret. En studie basert på intervjudata fra 1973- 2004*. Oslo: SIRUS rapport.

IAS Factsheet. 2010. *Alcohol and the elderly*. London.
<http://www.ias.org.uk/resources/factsheets/elderly.pdf>

Immonen, S.J, K.H. Valvanne og K.H. Pitkala. 2011. Prevalence of at-risk drinking among older adults and associated sociodemographic and health-related factors. *The journal of nutrition, Health & Aging* 15(9): 789-94.

Isaksen, Lise Widding. 2003. *Omsorgens pris*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Jakobsson, Annika, Gunnel Hensing og Fredrik Spak. 2008. «The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems»; s.196-202 *Scandinavian Journal of Caring sciences*. vol 22.

Kompetansesentret rus Midt-Norge. 2011. <http://www.rus-midt.no/no/Aktuelt/Nyheter/Eldre-med-skadelige-rusmiddelvaner/>. (Lest 08.10.11)

Linden-Bostrøm, Margareta, Carina Persson og Mats Berglund. 2008. «Riskfylld alkoholkonsumtion bland eldre- Resultat från en svensk befolkningsundersøking». *Tidsskriftet Nordisk alkohol - & narkotikatidsskrift* VOL. 26.s 399-416.

Lund, Ingeborg, Anne Bretteville-Jensen, Astrid Skretting, Jostein Rise, Sturla Nordland og Ellen Amundsen. 2010. *Rapport om bruk og misbruk av rusmidler*. SIRUS rapport.

Martinsen, Kari.2009. *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Merrick, Elizabeth, Constance M. Horgan, Dominic Hodgkin, Deborah W. Garnick, Susan F. Houghton, Lee Panas, Richard Saitz og Frederic C. Blow. 2008. Unhealthy Drinking Patterns in Older Adults: Prevalence and Associated Characteristics. *Journal of the American geriatrics Society* 56: 214- 223.

Mosby`s Medical Dictionary. 2009. 8.utgave. Elsevier forlag

Norsk sykepleieforbund. 2011. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleieforbund

Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reiner. 2008. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.

Oslo kommune, bydel St. Hanshaugen. Rapport 2011. *Prosjekt eldre og rusbruk. 2009-2010*.

Pasientrettighetsloven.2011. Lov om pasient - og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-002.html> (Lest 04.02. 2012).

Skårderud, Finn.2002. Tapte ansikter. I: *Skam*. Trygve Wyller (red.), 37-52. Bergen: Bokforlaget.

Snoek, Engelstad Jannike og Knut Engedal. 2011. *Psykiatri*. Trondheim: Akribe Forlag.

Store Norske Leksikon.2011. <http://snl.no/search?query=identifisere&x=38&y=16> (Lest 10.10.2011).

Tornstam, Lars.2005. *Åldrandets socialpsykologi*. Finland: Norstedts Akademiska Forlag.

Willman, Ania, Petr Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad-En bro mellom forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Lund Studentlitteratur.

Vedlegg 1. Oversiktstabell i forhold til litteratursøk.

Søke- dato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
21.11.11	ProQuest: Medical library og Psychology journals	Alcohol* and elder* and communi*	150	6	5	4 stk. (nr.2, 4, 20 og 30 av 150 treff)
25.08.11	Swe. med+	Alkohol\$ and Communication\$	12	5	1	1 stk. (nr.7 av 12 treff)
25.11.11	Ovid: Helsebiblioteket, Medline, Psyk.info, Nursing index	Alcohol consumption and elderly people and epidemiology Limits: 2006- current, english/german/ norwegian/danish /swedish	58	1	1	1 stk. (nr. 58 av 58 treff) fra psyk.info
27.06.11	Ovid:Psyk.info	Berglund Mats	64	2	1	1 stk. (nr.9 av 64 treff)
03.07.11	Ovid:Psyk.info	Unhealthy drinking patterns in older adults	1	1	1	1 stk.

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfatter År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Deltagere/frafall	Hovedfunn	Kvalitet
1. Linden - Bostrøm, Margareta, Carina Pedersson og Mats Berglund 2009 Svensk <i>Nordisk alkohol - & narkotika- tidsskrift</i> VOL. 26.	Riskfylld alkoholkonsumtion bland eldre – Resultat från svensk befolknings- undersøking.	Å beskrive risikoforbruk av alkohol blant eldre og relaterte det til levestil, helseatferd, sosial støtte og helse.	Prevalens undersøkelse. Brevpostbasert spørreundersøkelse De tre første spørsmålene i spørreskjemaet ble brukt til å vurdere risikoforbruk. De ble også analysert separert for å beskrive ulike mønstre/typer i alkoholforbruk.	Populasjonen inkluderte 40267 representanter i alderen 18-84 og 21326 representanter i alderen 55-84. Responsen var nesten 60 %, svarene var ulike i forskjellige aldersgrupper, det var 70 % blant respondenter 65- 79 år.	I alderen 65-75 år kunne 2,7 % av menn og 1,9 % av kvinnene bli karakterisert til å ha et risikoforbruk av alkohol. I alderen 76-84 år var tallene under 1 % for begge kjønn. Risikoforbruk er relatert til høy utdannelse, røyking, snusbruk, fysisk inaktivitet, psykisk stress og bruk av beroligende medisiner.	10 av 12 kriterier oppfylt. 83 % Grad 1
2. Jakobsson Annika, Gunnel Hensing og Fredrik Spak 2008	The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems.	Undersøke om kjønn har noe betydning for om de søker behandling.	Data ble tatt fra åpne intervju.	Fem kvinner og sju menn ble intervjuet innen en måned etter deres første møte med	Viser at kjønn har betydning for behandlingssøking og er nyttige i behandlingen.	10 av 10 kriterier oppfylt. 100 %

Svensk <i>Scand J Caring Sci</i> 22, 196-202		Spesielt ønsket de å identifisere hva som hindret eller fremmet behandlingssøking hos menn og kvinner, og hvilken grad feminitet og maskulinitet hadde på behandlingssøking		alkohol-behandling. En analyse ble gjort ved å bruke kjønn som sorteringsfaktor.		Grad 1
3.Hapke Ulfert, Chrstina Hanisch, Christoph Ohlmeier og Hans-Jurgen Rumpf 2009 Tysk <i>Sucht</i> 55 (5) 281-291	Epidmiologie des Alkoholkosums bei alteren Menschen in Privathaushalten: Ergbnisse des telfonischen Gesundheitssurvey 2007	Bedømme alkoholforbruket blant eldre hjemmeboende i Tyskland	Telefonintervju i en befolkning over 18 år, AUDIT-C som del av en generell helseforespørsel	2503 kvinner og menn over 18 år, 547 over 60 år. Frafall: Tok utg. i telefonnummer og ikke individer. 22497 telefonnummer trukket ut, frafall med språkproblemer, fax nummer, ikke tid, opptatt, telefonsvarer, ikke aktive nummer og sykdom. Gjennomførte 3002 intervju, 2503 fullstendige.	Kjønn, alder, sosioøkonomisk status og regionale forskjeller bør tas i betraktning med analyse av alkoholforbruket blant eldre.	11 av 12 kriterier oppfylt 92 % Grad 1

4. Blazer Dan G., Li-Tzy Wu. 2011 USA <i>The American Journal of Geriatric Psychiatry</i> vol 19, Iss. 8, s.685-694	The Epidemiology of Alcohol Use Disorders and Subthreshold dependence in a Middle-Aged and Elderly Community Sample	Å finne 1-års prevalens og korrelater til alkoholmisbruk og lavterskelavhengig et blant middelaldrende (50-64 år) og eldre (65 år og eldre) i USA	Data fra landsomfattende spørreundersøkelse om helse og rus (kombinert personlig intervju og PC-basert spørreundersøkelse som de svarte anonymt på)	10015 mellom 50 og 65, 6289 65 år og eldre. Responstrate 74-76%	Nydiagnostiserte blant middelaldrende og eldre hjemmeboende viste en økt tendens til ukontrollert drikking og ikke-medisinsk bruk av legeforeskrevne medisiner. Dette krever oppmerksomhet fra helsepersonell.	11 av 12 kriterier oppfylt 92 % Grad 1
5. Merrick Elizabeth L., Constance M. Horgen, Dominic Hodgkin, Deborah W. Garnick, Susan F. Houghton, Lee Panas, Richard Saitz og Fredric C. Blow. 2008 USA <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 56:214-223	Unhealthy Drinking Patterns in Older Adults: Prevalence and Associated Characteristics	Å undersøke prevalens av uheldige drikkemønstre hos hjemmeboende eldre voksne (65 år og eldre) og assosiasjon med helsemessige og sosiodemografiske karakteristika.	Krysseksjonsanalyse av nasjonale data (Medicare-database i USA). Regelmessig utført spørreundersøkelse. 12483 hjemmeboende Medicare-medlemmer mellom 65 og 85 år som ble utvalgt tilfeldig. 70 svarte ikke på alkoholrelaterte spørsmål og ble ekskludert fra studien.	12483 deltakere, frafall 70, dvs 12413 deltakere. (65 år og eldre)	Nesten en av 10 i studien rapporterte drikkevaner over anbefalte grenser. Ulike drikkemønstre ble identifisert og satt i sammenheng med helsemessige og sosiodemografiske faktorer.	12 av 12 kriterier oppfylt 100 % Grad 1

6. Blazer Dan G., Li-Tzy Wu. 2009 <i>The American Journal of Psychiatry</i> Vol 166, Iss.10, s.1162-9	The Epidemiology of At-Risk and Binge Drinking Among Middle-Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health	Å anslå prevalens, fordeling og korrelater til risikobruk av alkohol blant middelaldrende og eldre i USA, og å sammenligne risikobruk mellom kvinner og menn.	Sekundæranalyse av befolkningsundersøkelse fra 2005 og 2006 (National Survey on Drug Use and Health). Sosiale og demografiske variabler, alkoholbruk og drikkemønster, psykisk belastning og egenvurdert helse ble vurdert.	10953 deltakere, 4236 var 65 år og eldre.	Risikobruk og ukontrollert drikking er hyppig blant middelaldrende og eldre over hele landet, og er derfor et folkehelseproblem. Klinikerne som arbeider med disse gruppene bør screene for ukontrollert drikking og samtidig bruk av andre substanser/rusmidler . For 65 år og eldre rapporterte 13 % av menn og 8 % av kvinner risikobruk.	12 av 12 kriterier oppfylt 100 % Grad 1
--	---	---	---	---	--	---

7. Aira, Marja, Sirpa Hartikainen, Raimo Sulkava. 2008 Finland <i>Family Practice</i> Vol 25, Iss.6, s 445-9	Drinking alcohol for medicinal purposes by people aged over 75; a community-based interview study.	Å beskrive alkohol som selvmedisinering av personer over 75år.	Intervju av hjemmeboende eldre i en finsk by angående selvmedisinering med alkohol. Dessuten om livsstil for øvrig, medisiner og sykdom. En geriater sjekket journalene deres for medisinske tilstander.	699 ble intervjuet av 1000 tilfeldig utvalgte over 75år. Frafall 301 personer.	Halvparten brukte alkohol. 40 % av disse oppga medisinske grunner (hjerte/karsykdom, søvn, mentale problem). Det var likt for kvinner og menn.	10 av 12 kriterier oppfylt 83 % Grad 1
8. Immonen, Sirpa, J.Valvanne, K.H.Pitkala 2011 Finland Journal of Nutrition, Health and Aging 15 (9): 789-94	Prevalence of at-risk drinking among older adults and associated sociodemographic and health-related factors.	Å undersøke prevalens og risiko-drikkemønstre hos hjemmeboende eldre og assosiasjoner til sosiodemografiske og helserelaterte faktorer.	Prevalensundersøkelse med postlagte spørreskjema til 2100 tilfeldig utvalgte på 65 år og eldre i en middelstor finsk by.	Spørreskjema sendt til 2100. 1973 var reelle respondenter, resten flyttet til ukjent adresse, på institusjon eller utlendinger. Responsrate 71,6% av de som var hjemmeboende.	Av respondentene var 8,2% risikodrikkere. Risikodrikk assosiert med å være mann, i yngre del av gruppen, ha høyere utdanning, ektefelle/samboer og røyker.	11 av 12 kriterier oppfylt. 92 % Grad 1

Vedlegg 3:

Liste over relevante funn.

Helsemessige faktorer (rosa) som har betydning for fagarbeiderne når de skal identifisere den eldre alkoholmisbrukeren:

Interaksjoner

- Medisinske tilstander/diagnoser og alkohol(artikkel nummer 1,3, 4,5,6,7og 8 brukt)
- Medikamenter og alkohol(artikkel nummer 4, 7 og 8 brukt)

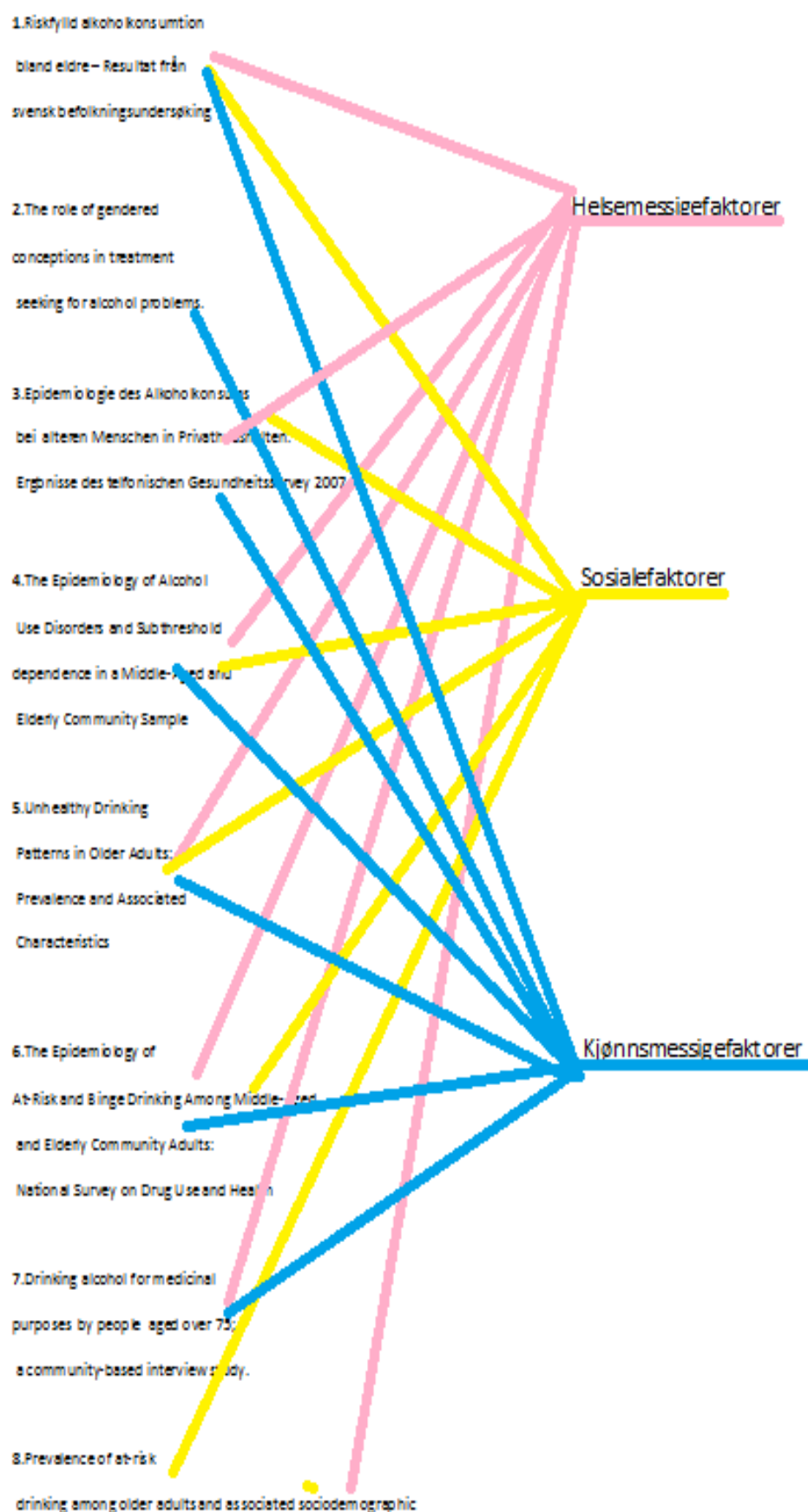
Sosiale faktorer(gul) som har betydning for fagarbeiderne når de skal identifisere den eldre alkoholmisbrukeren:

- Sosioøkonomisk(artikkel nummer 1,3,4,5 og 6 brukt)
- Familieforhold(artikkel nummer 4,5 og 8 brukt)

Kjønnsmessige faktorer(blå) som har betydning når fagarbeiderne skal identifisere den eldre alkoholmisbrukeren:

- Mann/kvinne (artikkel nummer 1,2,3,4,5,6 og 7 brukt)

Vedlegg 4. Kart over tema i artikler



Vedlegg 5: Ulike kartleggingsverktøy

MAST-G: Alcohol Screening for Older Adults

1. When talking with others, do you ever underestimate how much you actually drink?
2. After a few drinks, have you sometimes not eaten or been able to skip a meal because you didn't feel hungry?
3. Does having a few drinks help decrease your shakiness or tremors?
4. Does alcohol sometimes make it hard for you to remember parts of the day or night?
5. Do you usually take a drink to relax or calm your nerves?
6. Do you drink to take your mind off your problems?
7. Have you ever increased your drinking after experiencing a loss in your life?
8. Has a doctor or nurse ever said they were worried or concerned about your drinking?
9. Have you ever made rules to manage your drinking?
10. When you feel lonely, does having a drink help?

Scoring: If the person answered “yes” to two or more questions, encourage a talk with the doctor.

Source: University of Michigan Alcohol Research Center, Michigan Alcohol Screening Test (MAST-G). © The Regents of the University of Michigan, 1991

Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

1. Hvor ofte drikker du alkohol?

- ☒ 0 Aldri
- ☐ 1 Månedlig eller sjeldnere
- ☐ 2 To til fire ganger i måneden
- ☐ 3 To til tre ganger i uken
- ☐ 4 Fire ganger i uken eller mer

2. Hvor mange alkoholenheter (en drink, et glass vin eller 1 liten flaske pilsnerøl) tar du på en "typisk" drikkedag?

- ☒ 0 1-2
- ☐ 1 3-4
- ☐ 2 5-6
- ☐ 3 7-9
- ☐ 4 10 eller flere

3. Hvor ofte drikker du seks alkoholenheter eller mer?

- ☒ 0 Aldri
- ☐ 1 Sjelden
- ☐ 2 Noen ganger i måneden
- ☐ 3 Noen ganger i uken
- ☐ 4 Nesten daglig

4. Hvor ofte i løpet av siste året var du ikke i stand til å stoppe å drikke etter at du hadde begynt?

- ☒ 0 Aldri
- ☐ 1 Sjelden
- ☐ 2 Noen ganger i måneden
- ☐ 3 Noen ganger i uken
- ☐ 4 Nesten daglig

5. Hvor ofte i løpet av siste året unnlot du å gjøre ting du skulle ha gjort pga. drikking?

- ☒ 0 Aldri
- ☐ 1 Sjelden
- ☐ 2 Noen ganger i måneden
- ☐ 3 Noen ganger i uken
- ☐ 4 Nesten daglig

6. Hvor ofte starter du dagen din med alkohol?

- ☒ 0 Aldri
- ☐ 1 Sjelden
- ☐ 2 Noen ganger i måneden
- ☐ 3 Noen ganger i uken
- ☐ 4 Nesten daglig

7. Hvor ofte i løpet av det siste året har du hatt skyldfølelse pga. drikking?

- ☒ 0 Aldri
- ☐ 1 Sjelden
- ☐ 2 Noen ganger i måneden
- ☐ 3 Noen ganger i uken
- ☐ 4 Nesten daglig

8. Hvor ofte i løpet av det siste året har det vært umulig å huske hva som hendte kvelden før pga drikking?

- ☒ 0 Aldri
- ☐ 1 Sjelden
- ☐ 2 Noen ganger i måneden
- ☐ 3 Noen ganger i uken
- ☐ 4 Nesten daglig

9. Har du eller andre blitt skadet som følge av at du har drukket?

- ☒ 0 Nei
- ☐ 2 Ja, men ikke i løpet av siste år
- ☐ 4 Ja, i løpet av siste år

10. Har en slektning, venn eller lege bekymret seg over drikkingen din, eller antydnet at du bør redusere?

- ☒ 0 Nei
- ☐ 2 Ja, men ikke i løpet av siste år
- ☐ 4 Ja, i løpet av siste år

Total skår AUDIT:

0

Ved verdi ≥ 8 er det grunn til å vurdere tiltak for redusert alkoholforbruk.

CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener) er en kort test med 4 spørsmål:

- ☐ Har du noen gang tenkt at du burde drikke mindre?
- ☐ Har du noen gang ergret deg over at andre kritiserer alkoholbruken din?
- ☐ Har du noen gang hatt skyldfølelse på grunn av alkoholbruk?
- ☐ Drikker du av og til neste morgen (etter å ha drukket alkohol om kvelden)?
- Ett positivt svar: Person i risikogruppe for misbruk.
 - To positive svar: Høy sannsynlighet for at personen er misbruker